

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Seminare und Kurse die durch das Adventure Therapy Institute (Kurzform: ATI) angeboten werden finden häufig in der Natur statt und beinhalten manchmal verschiedene natursportliche Aktivitäten, welche eine normale körperliche Kondition voraussetzen. Personen mit Verletzungen, Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen können in der Regel an den Seminaren/ Kursen teilnehmen, wenn ATI hiervon Kenntnis hat und die Aktivitäten entsprechend anpassen kann. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, weder gespeichert noch an Dritte weitergegeben und dienen ausschließlich dazu gesundheitlichen Schäden vorzubeugen.

**Bitte füllen Sie die Gesundheitserklärung sorgfältig aus und beantworten Sie jede Frage.**

| Hatten Sie jemals oder haben Sie...   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler oder -krankheiten, zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? |    |      |
| Sportverletzungen, Verrenkungen, Knochenbrüche oder Beschwerden an der Wirbelsäule?           |    |      |
| Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?  |    |      |
| Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Migräne oder häufige, starke Kopfschmerzen?                      |    |      |
| Nervenerkrankungen, Schwindelzustände, Tinnitus (Ohrgeräusche) oder Wahrnehmungsstörungen     |    |      |
| Allergien (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub...)?           |    |      |
| eine Infektionskrankheit, oder sind Sie Überträger einer solchen?                             |    |      |
| Wurden sie vor kurzer Zeit operiert? Wenn ja, wann und welche Operation?                      |    |      |
| Gibt es daraus Einschränkungen?   |    |      |
| Müssen Sie auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?               |    |      |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Art der Medikamente und Dosierung angeben)      |    |      |
| Besteht eine Schwangerschaft?   |    |      |
| Sind Sie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?                            |    |      |
| Sonstiges:  |    |      |

Falls Sie eine der Fragen mit JA beantwortet haben füllen Sie bitte auch die nächste Seite aus.

Falls Sie eine der Fragen mit JA beantwortet haben, erläutern Sie bitte möglichst exakt und sprechen Sie vor Kursbeginn mit unserem Team:

---

---

Datum Ihrer letzten Tetanus-Impfung (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Ruheplus und Blutdruckwerte (durchschnittlich): \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes (oder behandelnden Arztes):

---

Name, Adresse und Telefonnummer von Angehörigen (erreichbar während des Seminars):

---



Ich bin:

Schwimmer:in

Nicht-Schwimmer:in



Ich kann

Fahrrad fahren

Nicht Fahrrad fahren



10 Kilometer zu Fuß,

schaffe ich in meinem eigenen Tempo in ca. \_\_\_\_\_ Minuten

schaffe ich, wenn ich Gepäck zu tragen habe, in ca. \_\_\_\_\_ Minuten

- Ich erkläre, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falls sich Veränderungen ergeben, teile ich dies dem Adventure Therapy Institute mit.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass unwahre/ falsche Angaben zum Ausschluss/ zur Kündigung führen können.

---

Ort / Datum

Unterschrift